

長庚醫療財團法人獎助學金申請表

學 校	<input type="checkbox"/> 長庚大學 <input type="checkbox"/> 長庚科技大學(<input type="checkbox"/> 林口、 <input type="checkbox"/> 嘉義) <input type="checkbox"/> 其他_____		
學 制	<input type="checkbox"/> 大學部 <input type="checkbox"/> 學士後 <input type="checkbox"/> 四技 <input type="checkbox"/> 二技	<input type="checkbox"/> 日間部 <input type="checkbox"/> 進修部	
科 系	<input type="checkbox"/> 護理科 <input type="checkbox"/> 護理系 <input type="checkbox"/> 學士後護理理系 <input type="checkbox"/> 高齡暨健康照護管理系		
班 級	年 班 座號	學 號	
姓 名	身 分 證 字 號		
戶 籍 地 址			
電 話	本人手機:_____家中電話:(_____)_____		
E - M a i l			
宿 舍	舍 室	宿舍分機	(_____) 轉 _____
相關文件證明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 護理師證照 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 原住民 ※具上述資格者，請檢附相關證明文件影印本		
獎助年限	<input type="checkbox"/> 申請一學年(服務一年) <input type="checkbox"/> 申請二學年(服務二年) <input type="checkbox"/> 申請三學年(服務三年) <input type="checkbox"/> 申請四學年(服務四年)		
服務院區意願	(請數字填寫志願序 1. 2. 3. 4. 5……) <input type="checkbox"/> 基隆(含情人湖院區) <input type="checkbox"/> 林口(含台北院區) <input type="checkbox"/> 土城 <input type="checkbox"/> 桃園(含長青院區) <input type="checkbox"/> 嘉義 <input type="checkbox"/> 雲林 <input type="checkbox"/> 高雄 <input type="checkbox"/> 鳳山		
健康狀況	疾病史，請據實告知，如有任何隱瞞，同意 貴法人取消本人公費資格並繳回所有獎助學金 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請具體陳述：_____		
本人確認獎助學金申請相關表單填寫資料無誤，且同意校方與 貴法人應用上述資料於公費生申請、審核等相關作業，且知悉可依個人資料保護法之規定，就所提供之個人資料向 貴法人人事單位申請、行使之權利包含(一)查詢或請求閱覽、(二)請求製給複製本、(三)請求補充或更正、(四)請求停止蒐集、處理、利用、(五)請求刪除。但 貴法人基於公費申請、審核目的及個人資料保護法之規定，保有准駁該申請之權。 簽名:_____年____月____日			
初 審 項 目	<input type="checkbox"/> 符合評選標準 <input type="checkbox"/> 文件齊備	承 辦 單 位	

填寫流程：一式一聯，依申請時機，由學生自行填寫，備妥相關文件送交審核。